

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

138

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Février 1907, à 1 heure

PAR

Maurice ROUZAUD

Fréquence, Prophylaxie et Traitement

DES

CREVASSES DU MAMELON

Président : M. PINARD, professeur

Juges } MM. TERRIER, professeur
SEGOND, professeur
WALLICH, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

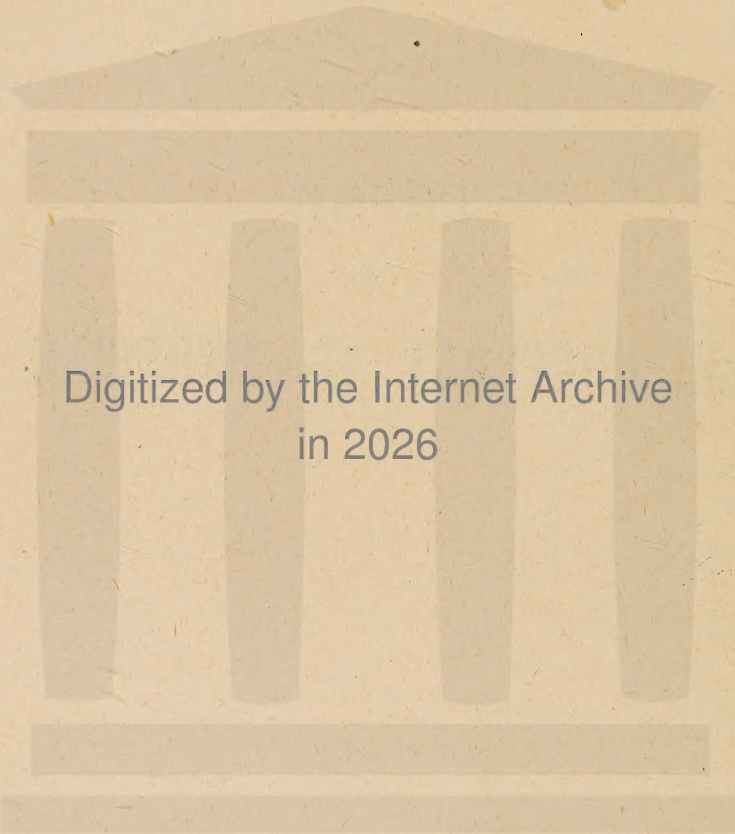
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

138

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Février 1907, à 1 heure

PAR

Maurice ROUZAUD

Fréquence, Prophylaxie et Traitement

DES

CREVASSES DU MAMELON

Président : M. PINARD, professeur

Juges } MM. TERRIER, professeur
SEGOND, professeur
WALLICH, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie.....	POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	BRISAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.....	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GRANCHER
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	TERRIER
	BERGER
	RECLUS
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	BUDIN
	PINARD
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFEL, chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

A mon père et à ma mère, je dédie ce travail ; à mon frère, aussi, à qui je dois d'être venu à Paris. Tous trois m'ont puissamment aidé à le mener à bien. S'il a un mérite, c'est à eux qu'il revient. Je sais les sacrifices qu'ils ont consentis : arrivé à la fin de l'étape j'en apprécie davantage l'étendue. Ils m'ont donné un bel exemple de travail et de désintéressement : je ne l'oublierai pas dans la pratique de ma profession. Qu'ils reçoivent l'expression de ma vive reconnaissance.

Chez mes Maîtres, j'ai toujours trouvé un accueil bienveillant. Mon désir serait de rester plus longtemps auprès d'eux. Mais la Fortune injuste m'impose d'autres devoirs. J'espère qu'elle ne me sera pas contraire : Si, par aventure, elle le devenait, je trouverai toujours ma consolation dans le souvenir des éléments de savoir que mes maîtres m'ont donnés. Pour cela et pour leur bienveillance ils ont droit à toute ma gratitude.

D'une façon toute particulière, je tiens à remercier M. le professeur Pinard, pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la Présidence de ce travail inaugural ; il fut aussi mon maître en obstétrique ; il m'a fait aimer cette branche de la médecine, par la méthode de son enseignement technique et philosophique à la fois. Et je ne sais ce qu'on doit le plus

admirer chez lui, de sa science ou de son humanitarisme ?

M. Wallich, agrégé, a dirigé mes travaux ; en ami toujours bienveillant plutôt qu'en maître, il a guidé mes recherches et m'a multiplié ses conseils. Grâce à lui, j'ai pu mener à bien ce travail. Je le remercie de tout cœur de son précieux concours et de sa bienveillance à mon endroit.

FRÉQUENCE PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT
DES
CREVASSES DU MAMELON

INTRODUCTION

Pendant notre stage à la clinique Baudelocque, dans le service de M. le professeur Pinard, nous avons suivi, avec intérêt, les visites de M. Wallich, salle Lachapelle, pour y apprendre les suites de couche. Trois fois par semaine, à ses côtés, nous avons examiné les nouvelles accouchées, pendant les neuf jours qu'elles passaient à la clinique : rarement les suites de couche présentaient des accidents graves. Mais nous avons été frappé par la fréquence de ces petites lésions du mamelon qu'on a coutume d'appeler gerçures, fissures ou crevasses, qui ne sont d'ailleurs que les degrés divers d'une même affection, ayant pour point de départ une excoriation légère. Nous avons cette impression que les crevasses étaient, si on peut ainsi dire, un accident normal des

suites de couche, et que peu de femmes y échappaient.

Notre maître, M. Wallich, nous invita à traiter de cette question, à en exposer l'importance, la fréquence, l'étiologie, la prophylaxie et le traitement.

Notre intention n'est pas de faire œuvre nouvelle : « Tout est dit, et l'on vient trop tard, depuis sept mille ans qu'il y a des hommes sur la terre et qui pensent ». On a traité des crevasses du mamelon, soit dans des thèses, soit dans des articles de journaux, mais le plus souvent incidemment, à propos de l'allaitement.

Notre but sera de faire une synthèse des différents travaux qui sont à notre connaissance, de condenser en quelques pages ce qu'il y a de plus important à connaître sur cette question.

Mais ce ne serait là qu'un travail impersonnel, pour ainsi dire, par suite incomplet. Nous devons placer à côté les résultats de nos recherches personnelles. Ces recherches nous les avons faites, dans le service de M. le professeur Pinard, salle Lachapelle. Pendant un laps de temps déterminé, du mois d'avril au mois de décembre 1906, avec une période d'interruption pendant les vacances, nous avons examiné, nous-même, 341 accouchées, ayant séjourné dans cette salle. Aucune lésion mammaire ne nous a échappé : c'est dire que les chiffres que nous donnerons dans un instant sont d'une rigoureuse exactitude.

Nous aurions désiré que notre observation portât sur un plus grand nombre de cas ; mais le temps nous presse, et nous le regrettons vivement. Cepen-

dant nous croyons que les données que nous avons, nous suffiront à faire des constatations intéressantes et à en déduire des conclusions assez précises.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'anatomie et l'histologie du mamelon. Cette étude ne nous semble pas nécessaire puisqu'il n'entre pas dans notre sujet de traiter des complications des crevasses et en particulier des abcès post-puerpéraux, qu'il est rare d'observer à la clinique, où les accouchées passent trop peu de temps. Nous en parlerons incidemment pour caractériser l'importance des crevasses : mais nous ne saurions nous y attarder sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé.

Dans le premier chapitre nous étudierons l'importance des crevasses au point de vue de l'allaitement : nous passerons rapidement en revue les complications qui en sont parfois les conséquences.

L'étiologie ne nous retiendra que peu de temps : nous énumérerons les causes qui ont été invoquées, en insistant plus particulièrement sur la mauvaise conformation du mamelon, et les soins défectueux de propreté, qui, selon nous, sont les facteurs prépondérants.

Nous apporterons nos plus grands soins à la rédaction du chapitre sur la prophylaxie. Nous insisterons, dans cette troisième partie, sur les soins à donner au mamelon avant et après l'accouchement, avant

et après chaque tétée surtout, et, aussi, sur la façon dont l'allaitement doit être dirigé les premiers jours.

Dans le dernier chapitre, nous examinerons tous les traitements qui ont été employés.

Enfin, nous donnerons nos conclusions.

CHAPITRE I

De l'importance des crevasses du mamelon au point de vue de l'allaitement

La douleur est d'abord un symptôme. Elle annonce l'apparition de la lésion : avec l'ulcération elle la caractérise ; trop violente, elle devient une véritable complication.

Au moment de la tétée, la douleur est légère, et la nourrice ne la redoute pas encore ; le mamelon est légèrement rouge. Les femmes qui ont déjà eu des crevasses ne s'y trompent pas ; cette douleur légère pendant la succion est l'annonce de la crevasse prochaine. Quand l'ulcération est produite, la douleur augmente : les nerfs sensitifs du mamelon sont à nu dans la plaie. C'est de cette douleur que nous faisons une véritable complication, car elle a souvent pour conséquence la cessation définitive de l'allaitement.

Cette douleur est extrêmement vive, atroce, lancinante ; pendant la succion la souffrance est telle

qu'elle provoque des crises de larmes, et nécessite de la part de la mère un grand courage et une grande énergie. « Les femmes nerveuses, dit Fonssagrives, tombent quelquefois dans un véritable état de cachexie, sous l'influence des douleurs violentes qu'elles provoquent et qui sont ramenées par la succion de l'enfant, comme l'est la douleur atroce de la fissure anale dans l'exonération ; elles maigrissent, la fièvre s'allume, la nutrition décline et l'insomnie achève, dans les cas graves et tenaces, de les rendre absolument incapables à nourrir, au moins du côté où siègent les gerçures. »

La violence de la douleur diminue la sécrétion mamelonnaire, et modifie sans doute la sécrétion lactée. La crevasse donne lieu à un écoulement sanguin, et l'enfant a du méloëna, ce qui inquiète la famille. En tout cas, la mère ajourne l'heure des tétées, elle en écourte la durée, retient son lait, néglige son enfant et « au lieu de ressentir les joies pures de la maternité qui l'attachent à son enfant, elle n'éprouve que des souffrances inouïes qui l'en éloignent, malgré la voix de la nature, et l'empêchent ainsi d'accomplir le plus doux de ses devoirs » (Courgy). Or, parmi les femmes qui veulent nourrir il y a déjà trop de causes qui empêchent l'allaitement maternel. Les cas de syphilis, de tuberculose et de tant d'autres maladies héréditaires le rendent dangereux pour le nourrisson. Viennent ensuite les cas où la mère n'a pas assez de lait pour subvenir aux besoins de son enfant, ou bien, où elle ne peut nourrir, vu

la nécessité de gagner sa vie. On voit combien sont nombreux les enfants qui sont privés de leur nourriture maternelle ; et si la médecine et l'hygiène sont impuissantes contre ces cas, au moins doivent-elles se préoccuper alors des causes accidentelles, telles que les crevasses, qui sont susceptibles d'aboutir à ces tristes conséquences.

L'acuité de la douleur amène donc ce résultat :

C'est que la mère dépérit, donne du mauvais lait, ne soigne plus son enfant qui perd de son poids et que finalement elle cesse de donner le sein.

Ces conséquences désastreuses pour la mère et pour l'enfant valent sans doute qu'on insiste sur les causes qui les déterminent ; c'est pourquoi on nous pardonnera cette digression un peu longue.

Donc la crevasse provoque de la douleur, premier point ; deuxième point, elle est l'origine de la lymphangite et des abcès du sein.

Nous avons dit que nous ne nous préoccupions pas des abcès post-puerpéraux ; mais, sans nous lancer dans de trop grands développements, nous ne saurions les passer sous silence, si nous voulons bien caractériser l'importance des crevasses du mamelon.

« Les irritations constantes des crevasses, dit Lannelongue, les font le point de départ de presque toutes les inflammations du sein. » Et Duplay : « N'est-il pas rationnel de voir dans ces crevasses du mamelon et de l'aréole, qui parfois pénètrent jusqu'aux conduits galactophores, le point de départ

d'une inflammation, laquelle se transmet de proche en proche jusqu'aux globules de la glande.

« N'est-ce pas ce qu'on observe à peu près constamment dans toutes les inflammations glandulaires à la parotide, au testicule, etc., etc. »

La présence du staphylocoque est constante sur le mamelon ; il trouve dans ses replis épidermiques les glandes sébacées de l'aréole et à l'entrée les canaux galactophores, un excellent milieu favorable. Une crevasse survient-elle, ce bacille, et tous ceux qui vivent à l'état de saprophytes dans ces replis, cultivent, exaltent leur virulence, et ne tardent pas à manifester leur action fâcheuse sur la glande. Dans le lait de quinze nouvelles accouchées portant des crevasses, M^{me} Méritt a trouvé treize fois des colonies de staphylocoques blanc et doré ; sur quinze autres femmes à mamelon normal, deux seulement présentaient un staphylocoque doré. Donc, conclut M^{me} Méritt, le lait des femmes ayant des crevasses présente des microbes, et l'autre n'en contient pas.

Souvent c'est l'accouchée elle-même et les personnes qui l'approchent qui apportent les microbes à l'entrée des canaux galactophores. Les nouvelles accouchées portent souvent les mains au niveau de la région vulvaire, souillée par les lochies, et viennent ensuite contaminer le mamelon. De même agit une garde-malade qui après avoir fait la toilette vulvaire de la mère, met l'enfant au sein sans s'être lavé les mains. Si dans ces conditions il survient une crevasse,

la porte d'entrée est ouverte ; la lymphangite ou l'abcès en sont la conséquence.

La résultante souvent fatale de tous ces troubles : douleur, lymphangite, abcès, est la cessation de l'allaitement maternel. L'enfant est mis au biberon, ou confié au soin d'une nourrice mercenaire.

On sait les conséquences, pour la mère et pour l'enfant, de cette douloureuse nécessité.

Nous ne voulons point insister sur cette question qui a été l'objet, de la part de nos maîtres et en particulier de M. le professeur Pinard, de tant de travaux.

Une phrase, que nous avons lue bien souvent à l'amphithéâtre de la Clinique Baudelocque, résume tout ce que nous pourrions dire à ce sujet :

« Le lait de la mère appartient à son enfant. »

C'est par elle que nous terminons ces généralités.

CHAPITRE II

Fréquence des crevasses

A. — *Historique*

Avant d'aborder l'exposé des chiffres que nous avons obtenus par nos propres recherches, nous croyons utile de rappeler ceux qui ont été trouvés par les auteurs qui se sont occupés avant nous de cette question.

La plus récente de ces statistiques est de 1900 ; elle porte sur des points que nous n'avons pas étudiés : elle n'en offre que plus d'intérêt pour nous.

Les observations de Rossi portent sur 87 cas seulement, se répartissant ainsi :

Primipares.....	37
Secondipares.....	29
Multipares.....	21

Dans ces 87 cas, il a eu 28 fissures, soit 32,2 0/0.

Sur les 37 primipares il a trouvé 22 fissures soit 59,4 0/0

— 29 secondipares — 4 — 13,7 0/0

— 21 multipares — 2 — 9,05 0/0

Sur ces 37 primipares :

22	ont présenté des excoriations, le premier mois
2	— — deuxième —
1	— — quatrième —
1	— — sixième —

Sur les 29 secondipares :

4	ont présenté des gerçures le premier mois
1	— — cinquième —

Pour Winckel la fréquence est égale chez la primipare et la secondipare ; mais la différence s'accuse avec la multiparité croissante.

Sur 100 cas, il a trouvé :

47 primipares
38 secondipares
9 III-pares
6 IV-pares

Soit 85 primipares et secondipares ;

15 grandes multipares seulement.

Quant à l'époque d'apparition de la lésion, sur 81 cas :

Dans 19 cas, elle est apparue le deuxième jour			
16	—	troisième	—
23	—	quatrième	—
7	—	cinquième	—
9	—	sixième	—
2	—	septième	—

La statistique de Courgey porte sur 202 primipares et 313 multipares : Sur un total de 515 cas, il a trouvé 281 gerçures, soit 54,5 o/o.

Sur les 202 primipares, 121 ont présenté des gerçures soit 59,9 o/o

— 313 multipares, 160 — 51,1 o/o

Donc les primipares sont plus souvent atteintes :
Mais la fréquence décroît avec le nombre des allaitements ainsi :

Sur 202 femmes accouchant pour la première fois, 121 ont eu des gerçures soit 59,9 o/o

— 124	—	deuxième	— 72	—	57,5 o/o
— 52	—	troisième	— 24	—	46,1 o/o
— 23	—	quatrième	— 13	—	56,5 o/o
— 21	—	cinquième	— 8	—	38, o/o

La lésion débiterait par le sein gauche ; puis le sein gauche étant pris la nourrice donne le droit, ce qui explique que généralement les deux soient pris en même temps :

Sur 294 cas, 230 fois les lésions ont été bilatérales

— 38 — le sein gauche

— 26 — le sein droit

Donc, si un seul sein est pris c'est plutôt le gauche.

Suivant le teint des nourrices, il a trouvé :

44,4 o/o de noires
46,9 o/o de châtaines
58,9 o/o de blondes
59,8 o/o de brunes
60,0 o/o de rousses

Quant à l'époque d'apparition, sur 281 cas, il a trouvé :

Dans	1 cas le 1 ^{er} jour
— 40	— 2° —
— 114	— 3° —
— 75	— 4° —
— 28	— 5° —
— 12	— 6° —
— 7	— 7° —
— 3	— 8° —
— 1	— 9° —

La lésion apparaîtrait donc surtout les deuxième, troisième et quatrième jours.

Sur ces 281 cas, il a noté 16 cas de lymphangite, soit 5,5 o/o.

M^{me} Dluska a étudié l'influence des allaitements antérieurs sur la production des crevasses. Ainsi :

Sur 300 femmes qui n'ont jamais allaité, 138 ou 46 o/o ont des crevasses ;

Sur 44 femmes qui ont peu allaité, 14 ou 31,8 o/o ont des crevasses ;

Sur 89 femmes qui ont beaucoup allaité 29 ou 32,5 o/o ont des crevasses :

Donc les femmes qui ont déjà allaité, sont atteintes dans une assez forte proportion.

Quant au teint, elle a trouvé :

Sur	20 femmes rousses	9 cas soit	45	o/o
79	— châtaies	34	—	44 o/o
154	— blondes	65	—	42,8 o/o
180	— brunes	73	—	40,5 o/o

La fréquence serait plus élevée chez les rousses, les blondes et les châtaines que chez les brunes. Mais la différence n'est pas si grande, ajoute l'auteur, pour en tirer d'utiles déductions pratiques.

Platzer en 1899 (*Archivs für Gynækologie*) a observé 1.000 nourrices, du mois de septembre 1896 au mois de juillet 1898 :

Sur ces 1.000 nourrices, il a observé 515 fissures, soit 51,5 o/o.

Il prouve que les primipares sont plus souvent atteintes de fissures que les multipares :

Sur 521 primipares, 294 ont été atteintes soit 56,5 o/o

Sur 479 multipares, 221 — — — — — soit 46 o/o

L'époque d'apparition, d'après Platzer, est la suivante :

Le 1 ^{er} jour	22 fois
» 2 ^e —	200 —
» 3 ^e —	257 —
» 4 ^e —	117 —
» 5 ^e —	42 —
» 6 ^e —	8 —
» 7 ^e —	4 —

L'époque d'apparition la plus fréquente est donc du deuxième au cinquième jour.

En 1900, M^{me} Solomjan-Birfeld a fait une statistique d'après les registres de la clinique Baudelocque. Sur les 18.301 nourrices ayant traversé la clinique de 1890 à 1899, elle en trouve 1.380 seulement atteintes de lésions du sein, soit 7,54 o/o.

La lymphangite a été observée 974 fois sur le total des nourrices, soit 5,3 o/o.

a) *Fréquence par rapport à la parité* : le nombre total des nourrices comprend 8.483 primipares et 9.818 multipares.

Sur les 8.483 primipares 770 sont atteintes de lésions du sein, soit 9,2 o/o.

Sur les 9.818 multipares 610 sont atteintes de lésions du sein, soit 6 o/o.

La lymphangite a été observée 541 fois sur les 8.483 primipares, soit 6,3 o/o ; 433 fois sur les 9.818 multipares, soit 4,4 o/o.

Les 1.380 lésions du sein se répartissent de la façon suivante :

I-pares : 770 soit 56 o/o du nombre total des nourrices atteintes.

II-pares : 363 soit 26 o/o du nombre total des nourrices atteintes.

Multipares : 247 soit 18 o/o du nombre total des nourrices atteintes.

b) *Fréquence par rapport aux allaitements antérieurs* : Les calculs portent sur sept années : le nombre total des femmes atteintes de lésions du sein pendant cette époque est de 1.024. Sur ce nombre de nourrices, 793 en étaient à leur premier allaitement soit 77,4 o/o du total des nourrices atteintes.

Au point de vue de la parité ces nourrices se répartissent ainsi :

Primipares.....	552
Secondipares.....	161
Multipares.....	80
120 femmes ont allaité	1 fois
61 —	2 fois

Au total 181 ont allaité antérieurement, soit 17,6 o/o.

Donc, dans la majorité des cas, les nourrices atteintes de lésions du mamelon étaient à leur premier allaitement.

c) *Fréquence par rapport à l'âge des nourrices :*

Nourrices âgées de moins de 25 ans.	722 = 52 o/o
— de 25 à 30 ans.....	313 = 23 o/o
— de 30 à 35 ans.....	153 = 11 o/o
— de plus de 35 ans...	74 = 5,5 o/o

Les lésions se rencontreraient plus fréquemment avant 30 ans.

d) *Fréquence par rapport au mois de l'année :*

En janvier....	118 nourrices atteintes
— février.....	111 —
— mars.....	138 —
— avril.....	128 —
— mai.....	139 —
— juin.....	121 —
— juillet.....	138 —
— août.....	94 —
— septembre .	75 —

— octobre.....	90.	—
— novembre..	118	—
— décembre..	103	—

En somme, presque le même nombre pour les mois d'été et d'hiver.

e) *Fréquence par rapport à la latéralité :*

Les deux seins sont atteints	356 fois	soit	87,6	o/o
Le sein droit est atteint	30	—	7,4	o/o
Le sein gauche	—	20	—	5 o/o

La lymphangite est répartie de la façon suivante :

Les deux seins sont atteints	273 fois	soit	28,4	o/o
Le sein droit est atteint	372	—	38,7	o/o
Le sein gauche	—	315	—	32,9 o/o

Donc, dans la majorité des cas les lésions sont bilatérales.

Par contre la lymphangite bilatérale est plus rare que la lymphangite unilatérale.

f) *Epoque d'apparition des lésions :*

Le début des fissures est observé :

Avant le 3 ^e jour	61 fois	soit	15	o/o
Du 3 ^e au 5 ^e jour	252	—	62,1	o/o
— 6 ^e — 8 ^e —	80	—	19,7	o/o
Après le 8 ^e jour	13	—	3,2	o/o

Le début de la lymphangite est observé :

Avant le 3 ^e jour	8 fois	soit	0,82	o/o
Du 3 ^e au 5 ^e —	297	—	30,50	o/o

— 27 —

— 6° — 8° — 495	—	50,82 o/o
— 9° — 10° — 129	—	13,24 o/o
Après le 10° jour 45	—	4,62 o/o

L'époque d'apparition de la fissure se produit du troisième au cinquième jour ; et celle de la lymphangite aux sixième et huitième jours.

Pour plus de clarté, résumons en quelques lignes les résultats principaux obtenus par les auteurs précédents :

Pour Rossi les femmes sont atteintes dans la proportion de 32,2 o/o		
— Winckel	—	50 o/o
— Courgey	—	54,5 o/o
— M ^{me} Dluska	—	41,5 o/o
— Plastzer	—	51,5 o/o
— M ^{me} Solomjan	—	7,54 o/o

B. — *Observations personnelles*

Notre statistique porte sur 341 cas observés salle Lachapelle, à la clinique Baudelocque, du mois d'avril au 15 décembre 1906, avec une période d'interruption pendant les vacances. Toutes les accouchées ayant séjourné pendant les dix jours de suite de couche dans cette salle ont été soigneusement étudiées par nous. Les chiffres que nous allons donner sont donc soigneusement exacts.

Au fur et à mesure de notre exposé, nous noterons et essaierons de discuter les différences qui existent

entre les statistiques que nous venons d'étudier et la nôtre.

Sur les 341 observations, nous avons trouvé 124 cas de crevasses, soit une proportion de 36,33 o/o.

Nos chiffres sont inférieurs à ceux de Courgey 54,5 o/o ; et à ceux de Platzer 51,5 o/o ; par contre, ils sont de beaucoup supérieurs à ceux de M^{me} Solomjan qui ne donne que 7,54 o/o.

Sans doute les crevasses sont très fréquentes, mais nous ne pensons pas que la moitié des nourrices en soient atteintes. Nous ne nions pas l'exactitude des chiffres de Courgey et de Platzer. Si aujourd'hui la proportion est moins forte, cela tient peut-être aux soins hygiéniques qui sont imposés aux nouvelles accouchées.

Quant à la proportion donnée par M^{me} Solomjan (7,54 o/o) elle est manifestement au-dessous de la réalité : c'est que M^{me} Solomjan n'a pas examiné elle-même les accouchées : elle a compulsé des observations, où les lésions du mamelon ne peuvent pas être rigoureusement notées : voilà pourquoi la différence est si grande entre ses chiffres, ceux de Courgey et de Platzer, et les nôtres.

Dans ces 341 accouchées, il y avait :

131 primipares

210 multipares

Dans les 124 cas de crevasses, il y en avait :

51 chez les primipares

73 chez les multipares

ce qui nous donne les proportions suivantes :

I-pares 131, crevasses 51, soit 38,93 o/o
multipares 210, crevasses 73, soit 34,76 o/o

Ainsi, les crevasses sont plus fréquentes chez la primipare que chez la multipare ; en cela nous sommes d'accord avec tous les auteurs. Mais, selon nous, la différence n'est pas très considérable (4 o/o seulement); elle le serait davantage d'après Courgey (8 o/o) et plus encore d'après Platzner (10 o/o).

Comment, parmi les multipares, se répartissent les lésions? Le tableau suivant nous le montre; il nous montre aussi qu'elles diminuent assez régulièrement avec le nombre des accouchements :

II-pares	86	crevasses	27	soit	31,39 o/o
III —	47	—	19	—	40,42 o/o
IV —	39	—	12	—	30,76 o/o
V —	15	—	5	—	33,33 o/o
VI —	11	—	2	—	17,27 o/o
VII —	4	—	3		
VIII —	2	—	1		
IX —	4	—	2		
X —	1	—	1		
XII —	1	—	1		

Nous n'avons pas fait le pourcentage des VII, VIII, IX, X, XII-pares, le nombre d'observations nous paraissant insuffisant.

Mais la décroissance est beaucoup plus manifeste,

si, au lieu de compter par parité, on compte par allaitements effectifs. Le tableau suivant est très intéressant à cet égard :

Sur les 73 multipares :

30	allaitent pour la	1 ^{re}	fois soit	41,09 0/0
20	ont déjà allaité	1	—	27,39 0/0
8	— —	2	—	10,97 0/0
7	— —	3	—	9,57 0/0
3	— —	4	—	4,10 0/0
1	a — —	5	—	1,36 0/0

Les autres ont allaité respectivement 6, 7, 8 et 12 fois.

Il nous a paru intéressant d'étudier dans quelles proportions les femmes atteintes une première fois étaient susceptibles de l'être à nouveau : nous avons fait la statistique suivante :

Sur les 210 multipares.

39	ont déjà eu des crevasses et en ont, soit	18,5 0/0
34	en ont pour la première fois, soit.....	16,1 0/0
28	en ont eu une fois et n'en ont pas, soit..	13,3 0/0
109	n'en ont jamais eu et n'en ont pas	

On voit par ces chiffres que souvent, et dans une proportion assez forte, les femmes qui ont eu des crevasses, risquent fort d'en avoir par la suite : nous avons dans nos observations, une XII-pare, qui à chaque allaitement a eu des crevasses.

Au point de vue de la latéralité, sur les 124 cas :

83 fois les deux seins étaient pris

23 fois le sein gauche

21 fois le sein droit.

Donc la lésion est généralement bilatérale ; quand un seul sein est pris, il est bien difficile de dire si c'est plutôt le droit que le gauche, et vice versa.

On a dit que le froid était une cause occasionnelle des crevasses : nous avons donné précédemment une statistique destinée à montrer la fréquence des crevasses, suivant le mois : elle n'est pas concluante.

Nous n'avons pas fait d'observations précises à cet égard. Cependant, nos études ont été faites, pendant deux saisons assez différentes : d'un côté, les mois de printemps et d'été ; de l'autre, d'automne et d'hiver :

Pendant les mois d'avril, mai, juin, juillet : sur 182 observations, nous avons eu 72 crevasses, soit 39,5 o/o.

Pendant les mois d'octobre, novembre et décembre : sur 159 observations, nous avons eu 52 crevasses, soit 32,6 o/o.

Pendant la saison relativement froide la proportion serait moindre.

Nous donnons simplement nos résultats sans apporter de conclusions.

Nous n'avons point spécialement étudié l'époque d'apparition : tous les auteurs sont d'accord pour la placer entre le troisième et le cinquième jours. Sans avoir fait de recherches à ce sujet, nous croyons

pouvoir affirmer, de notre côté, que c'est vers le troisième ou quatrième jour que la crevasse apparaît. Exceptionnellement nous l'avons vue apparaître le premier jour.

Quant à la lymphangite, nous en avons observé au total 10 cas sur 341 accouchées, soit 2,93 o/o du nombre total des nourrices ; et 8,06 o/o du nombre total de crevasses.

Nous l'avons vue :

7 fois chez les primipares

3 fois chez les multipares

En somme c'est un accident qui devient de plus en plus rare.

D'après nos chiffres nous admettons :

1° Que les crevasses sont un accident fréquent chez la nourrice puisque plus du tiers en sont atteintes ;

2° Que les primipares y sont plus sujettes que les multipares ; mais que l'écart n'est pas aussi considérable que certains auteurs tendent à l'admettre ;

3° Que souvent, une première atteinte est suivie d'une nouvelle, sans qu'il y ait rien d'absolu ;

4° Qu'elles diminuent avec la multiparité croissante ;

5° Que cette diminution est beaucoup plus apparente quand on compte avec les allaitements effectifs ;

6° Que la lymphangite est une complication assez rare, grâce aux soins que les nouvelles accouchées prennent de leurs seins.

CHAPITRE III

Étiologie

Il nous paraît nécessaire, pour la commodité de notre exposé, de diviser les causes des crevasses en deux grandes catégories :

I. — Causes prédisposantes.

II. — Causes occasionnelles.

Cette division, au reste, nous paraît largement justifiée par l'exemple de beaucoup d'auteurs et par la multiplicité même des causes qui ont été invoquées pour expliquer la présence chez la nourrice de la lésion dont nous nous occupons.

I. — *Causes prédisposantes*

1° Au premier rang de ces causes, tous les auteurs placent la primiparité :

59,9 0/0 de primipares atteintes

51,1 0/0 de multipares

d'après Courgey.

La peau, dit-il, chez la multipare est plus dense, plus épaisse et plus forte ; il reconnaît qu'il y a des exceptions et il cite, suivant Deluze, le cas d'une

femme qui, ayant nourri huit enfants, avait des érosions au huitième.

« Il va de soi, dit Varnier, d'une façon générale toujours, car il n'y a rien d'absolu, que la femme qui a déjà allaité doit avoir les bouts de seins mieux formés, grâce à l'action des suctions antérieures ; ils se sont cuirassés contre le contact des lèvres, leur sensibilité s'est émoussée, la peau a subi une sorte de tannage qui la dispose moins aux éraillures. » Il cite les chiffres de Rossi, de Courgey, et plus loin il ajoute : « Mais encore une fois, il n'y a rien d'absolu et il ne faudrait pas croire qu'il suffise d'un certain nombre d'allaitements pour assurer à la nourrice une immunité absolue. »... « Il y a à tenir compte de la prédisposition individuelle ».

Nos chiffres, que nous rappelons :

Sur 124 cas de crevasses, nous en avons trouvé :

51 chez les primipares : soit 38, 93 o/o

73 chez les multipares : soit 34, 76 o/o

sont sensiblement différents de ceux des auteurs précédents. Mais nous nous garderons de nier l'influence de la primiparité comme cause prédisposante. Cependant nous croyons pouvoir affirmer qu'elle ne joue pas un rôle aussi important qu'on le dit, que beaucoup de femmes y sont fatalement vouées : car nous avons trop souvent entendu les femmes nourrissant pour les cinquième, sixième et même neuvième fois, nous dire qu'elles avaient été atteintes à chaque allaitement. Nous renvoyons

d'ailleurs pour corroborer notre affirmation à la statistique que nous avons faite dans ce but.

2° « Il y a à tenir compte de la prédisposition individuelle », dit Varnier. Est-ce à dire que les femmes lymphatiques, à peau fine, lisse et délicate y soient plus sujettes ? Les rousses seraient atteintes dans une proportion de 60 o/o, d'après Courgey ; de 45 o/o d'après M^{me} Dluska : remarquons qu'il y a déjà une grande différence entre ces deux chiffres. En tout cas, c'est un point assez complexe. Disons d'ailleurs que les auteurs précédents ne tirent pas des conclusions formelles des chiffres qu'ils apportent.

3° Que la primiparité ait une influence importante, et qu'on puisse admettre à la rigueur le lymphatisme, nous l'accordons ; mais la cause primordiale des crevasses est un état défectueux du mamelon :

Sur 25 femmes atteintes de lésion du mamelon, Piorry, cité par Varnier, a trouvé 18 mamelons ombiliqués ou sessiles ;

Courgey sur 526 nourrices a trouvé 70 mamelons mal conformés ;

M^{me} Dluska, sur 317 mamelons bien conformés, 117 ou 36,5 o/o ont présenté des crevasses, alors que sur 116 mamelons mal conformés, 64 ou 55,1 o/o ont présenté des crevasses ;

Platzer, dans un travail récent, donne 47 o/o de lésions dans les cas de mamelons cylindriques et 57 o/o dans les cas de mamelons conoïdes.

Le mamelon présente en effet trois types différents :

a) Sa base est tournée du côté de la mamelle et son sommet saillant, bien dégagé du côté de la bouche de l'enfant. On comprend que ce soit le type le plus avantageux ; facilement préhensible, l'enfant ne fait aucun effort, ne le tiraille pas, ne le mâchonne pas, parce que le lait vient facilement.

b) Le deuxième type présente juste la conformation inverse : le sommet est du côté de la mamelle, étranglé ; la base large, en massue, du côté de la bouche de l'enfant ; cette base est parcourue par les sillons longitudinaux, circulaires et transversaux qui lui donnent comme un aspect turgescent et framboisé. La stagnation des liquides y sera facile ; et, par contre, le nettoyage plus délicat. On comprend que des érosions y surviennent facilement. Elles y sont cependant moins fréquentes que dans le troisième type.

c) Ici le mamelon est petit, sessile, ombiliqué ; il disparaît pour ainsi dire au centre de l'aréole ; les fibres élastiques qui le composent et prennent leur insertion à son centre, sont trop courtes, l'attirent en arrière et forment des dépressions qui facilitent plus encore que dans le cas précédent la stagnation des liquides, partant la pullulation des microbes qui vivent toujours à l'état de saprophytes dans ces replis. L'épiderme y est d'une ténuité extrême. D'autre part, l'enfant fait effort pour saisir un mamelon qui se dérobe, il s'irrite, détermine la chute de cet épithélium et l'ulcération apparaît.

A côté de cette endothélie congénitale, il existe

une endothélie accidentelle, résultant soit de ce qu'on a mis trop tard l'enfant au sein (J. Duval), soit de la compression exercée par le corset. Nous aimons croire que ces cas ne sont pas très fréquents ; mais il ne nous paraît pas superflu de dénoncer, après tant d'autres, les méfaits du corset, dans les conditions surtout où les femmes d'aujourd'hui aiment le porter : car l'hygiène et la mode sont deux choses incompatibles.

Au reste, l'allaitement dans ce dernier type est impossible le plus souvent. Nous avons vu une femme présentant ce type de mamelon, qui avait des crevasses le lendemain de l'accouchement, sans que l'enfant ait été mis au sein (salle Lachapelle, n° de l'observation 766-1^e pare).

4° Pour Donnè, la cause la plus fréquente serait la mauvaise qualité en lait.

Il nous paraît difficile d'admettre une pareille interprétation. D'abord qu'est-ce que Donnè entend par mauvaise qualité du lait ? Le mauvais lait est rare, chez une femme qui a la ferme volonté de donner le sein à son enfant. Et puis, ce mauvais état du lait se jugerait plutôt par le poids de l'enfant que par des lésions du sein. Presque tous les enfants des femmes atteintes de crevasses augmentent de poids régulièrement, à moins que n'interviennent des causes étrangères. Donc, si le lait était mauvais, certes il pourrait y avoir des crevasses, mais la balance nous renseignerait bien vite.

5° Enfin, le diabète, l'albumine et tous les états

cachectiques en général prédisposent aux crevasses, comme d'ailleurs à toutes les lésions cutanées.

Nous placerons donc au premier rang des causes prédisposantes, la mauvaise conformation du mamelon : nous reconnaissons à la primiparité un rôle certain, mais secondaire. Quant au lymphatisme et à la mauvaise qualité du lait, ils nous paraissent jouer un rôle bien problématique, sans que pour cela nous voulions les rayer de la nomenclature.

II. — *Causes occasionnelles*

1^o La cause primordiale est sans conteste le traumatisme exercé par la bouche de l'enfant au moment de la succion. Les enfants plus ou moins affamés tiraillent, mâchonnent le bout. Ils saisissent le mamelon dans une gouttière formée par la langue et le palais, de telle sorte que quand ils tirent tous leurs efforts aboutissent à l'extrémité non soutenue du mamelon vers lequel les liquides affluent : l'épiderme est soulevé, comme sous l'action d'une ventouse, par un véritable épanchement sanguin formant des phlyctènes que les tétées suivantes crèveront (Deluze).

La cicatrisation sera toujours retardée par le traumatisme buccal.

Cette action prépondérante est d'ailleurs souvent favorisée par la négligence de la mère.

2^o Ainsi, la plupart des mamans — sauf de rares

exceptions — pour éviter les cris de l'enfant pendant la nuit et même pendant le jour, sous prétexte de tranquillité, prennent la détestable habitude de laisser l'enfant au sein tant qu'il veut, de l'y laisser même s'y endormir. Le sein est donné trop souvent, l'allaitement est mal réglé.

Outre les inconvénients graves qui peuvent résulter pour l'enfant de pareils procédés, l'épiderme se trouve dans un état constant de macération sous l'influence de la salive du nourrisson et du lait qui s'écoule des canaux galactophores. Le produit de sécrétion sébacé protecteur est enlevé, l'épiderme se ramollit et ne tarde pas à s'exfolier. Le derme est mis à nu, s'excorie et ainsi est produite une petite plaie qui au lieu de marcher vers la guérison tendra à s'étendre sous la double influence de l'infection et de la succion exercée par l'enfant.

Pour Bouchut, « la grande quantité de lait qui mouille sans cesse le linge force à mettre le bout du sein dans des bouteilles plates spéciales où il peut en quelque sorte macérer. J'ai vu tout récemment, ajoute Bouchut, une nourrice, qui avait durant un voyage de vingt-quatre heures gardé deux de ces bouteilles aplaties, spéciales, plus ou moins longtemps sur le sein et qui avait l'aréole mammaire et le mamelon rouges, tuméfiés et couverts de petites érosions superficielles ».

Ces faits, sans doute assez rares, ne sauraient nous retenir.

3° Dans le même ordre d'idées, nous attachons,

quant à nous, une grande importance au manque de soins de propreté. Par inexpérience, maladresse, ou négligence, les nourrices n'ont pas l'habitude de prendre les précautions les plus élémentaires. Elles donnent le sein, puis couchent l'enfant, referment leur corsage, et c'est tout : il reste dans les replis du mamelon un mélange de salive et de lait qui fermente et irrite les téguments ; il s'y forme des croûtes que le traumatisme buccal soulève, laissant à nu une surface ulcérée.

4° Nous arrivons maintenant aux causes qui relèvent d'un état buccal de l'enfant et qui ont été surtout incriminées par Rossi, Churchill, et Jacquemier.

« Il arrive aussi quelquefois, dit Mauriceau, que d'autres enfants ont la bouche tellement échauffée que les bouts des mamelles viennent à s'en ulcérer, comme quand ils l'ont pleine de ces petits ulcères qu'on nomme aphtes, ou même et d'autant plus facilement s'ils ont la maladie vénérienne, laquelle ils peuvent aussi communiquer à leur nourrice, et pour lors, les ulcères qui en sont causés, ne cèdent pas facilement aux remèdes ordinaires. »

Pour Rossi, ces petits ulcères ou aphtes dont parle Mauriceau, sont la cause première des lésions mamelonnaires. Ayant observé des aphtes chez l'enfant d'une femme, il conclut que l'affection de la bouche est toujours le point de départ et l'origine de la maladie du mamelon chez la mère. Dix-sept observations sont consignées dans ses notes à l'appui de son affirmation. Dans un cas où le mamelon était

rétracté, où par conséquent la succion était difficile, Rossi n'a rien observé, parce que la bouche de l'enfant était saine. Donnant les enfants atteints d'ulcération à des femmes sans crevasses, les crevasses ont apparu aussitôt. Et comme dans un cas, il y a eu des crevasses sans lésions buccales, il en conclut que l'ulcération de l'enfant devait être cicatrisée.

Il nous paraît bien difficile d'admettre que les crevasses aient cette seule origine. Rossi exagère manifestement. D'abord il base ses affirmations sur dix-sept observations seulement ; et quand une fois il se trouve en défaut, il admet simplement que l'ulcération devait avoir existé : cette argumentation nous paraît bien peu scientifique. Nous avons observé, salle Lachapelle, 341 femmes, dont 124 ont eu des crevasses et nous ne nous souvenons pas avoir observé un seul cas de stomatite aphteuse chez les nouveau-nés.

Pour le muguet, Gubler admet aussi la contagion directe de la bouche de l'enfant au sein de la mère. « A l'hôpital des Enfants-Malades où le muguet est endémique, Parrot n'a constaté aucun cas bien net de contagion ; et Serin, sur plus de 1.500 enfants atteints de muguet, n'en a pas vu un seul communiquer la maladie à sa nourrice » (Varnier).

Une chose nous paraît certaine, c'est que l'acidité de la salive, tenant à la fermentation du lait retenu dans la bouche des enfants mal soignés, joue un rôle important dans l'irritation du mamelon.

Nous reviendrons plus longuement sur ce fait

quand nous traiterons de la prophylaxie et du traitement.

Pour nous résumer, quatre causes, selon nous, sont prépondérantes, à savoir :

- 1° La mauvaise conformation du mamelon ;
- 2° Le traumatisme exercé par la bouche de l'enfant au moment de la succion ;
- 3° La négligence ou l'inexpérience de la mère qui laisse l'enfant paresser au sein.
- 4° Le manque des soins de propreté du mamelon.
- 5° Le défaut de soins hygiéniques de la bouche du nourrisson.

CHAPITRE IV

Prophylaxie

Dans les chapitres précédents, nous avons étudié et l'époque d'apparition des crevasses, et leurs causes principales.

De cette étude il se dégage qu'il doit exister des moyens propres à prévenir l'apparition de cette lésion.

Ce chapitre sera consacré à l'étude de ces moyens.

Nous nous efforcerons que chaque moyen étudié corresponde, dans la mesure du possible, à une cause précédemment discutée : nous aurons ainsi simplifié notre tâche, et facilité la compréhension des différentes méthodes, que nous allons maintenant passer en revue.

Les crevasses, avons-nous dit, apparaissent en général du deuxième au quatrième jour : il en résulte que si les moyens préconisés pour les prévenir demandent un certain temps pour agir, il faut les appliquer avant l'accouchement, dans le cours de la grossesse ou à la fin.

D'autre part, dans cet intervalle de deux à qua-

tre jours il convient aussi de prendre des mesures.

Nous étudierons donc successivement :

I. — La prophylaxie avant l'accouchement.

II. — La prophylaxie après l'accouchement.

I. — *Prophylaxie avant l'accouchement*

La cause primordiale des crevasses est, avons-nous dit, la mauvaise conformation du mamelon. Dès lors on a cherché à remédier à cet état défectueux de l'organe, à le rendre plus saillant, plus facilement préhensible, en un mot on a voulu « faire les bouts ».

Pour cela, on a mis en œuvre les moyens les plus étranges, qu'il n'est pas sans intérêt de rappeler.

On a successivement préconisé :

a) Des moyens mécaniques tels que les pressions digitales, des pressions exercées à la base du mamelon par une plaque de bois dont la concavité est tournée du côté de l'aréole et dont le centre percé d'un trou laisse passer le mamelon.

b) Les suctions répétées qui peuvent être faites directement ou indirectement.

1° Directement : ce soin était confié généralement à un chien nouveau-né de grosse espèce, ou à une personne de bonne volonté, le mari par exemple, quand n'intervenaient pas « les faiseuses de bouts » professionnelles.

Le mamelon ainsi humecté par la salive devien-

draît plus souple, plus facile à allonger d'après Cazeaux. « Après cette succion, dit Gardien — cité par Cazeaux — on bassine le mamelon avec du vin tiède pour raffermir l'épiderme ; on enferme les bouts de seins dans des étuis faits avec de la cire vierge ou du caoutchouc pour les maintenir allongés ou les garantir des frottements. »

2° Indirectement : les succions peuvent être faites par la femme elle-même ou toute autre personne, à l'aide d'une pipe en terre, d'un bout-de-sein, d'une téterelle bi-aspiratrice. « On leur a substitué parfois, dit Varnier, des ventouses de verre, de caoutchouc, des fioles préalablement chauffées et appliquées sur le bout de sein qu'elles aspirent par le même mécanisme que celui qui fait pénétrer l'œuf dur dépouillé de sa coquille dans une carafe à goulot étroit, où brûle un peu de papier. »

Quelle est la valeur de ces différentes manœuvres ? Atteignent-elles surtout le but qu'elles se proposent ? La réponse est simple : elles sont inutiles et dangereuses :

Elles peuvent provoquer de l'irritation, de l'inflammation du mamelon, voire même des érosions, source d'abcès.

On les a accusées aussi de provoquer, par réflexe, des contractions utérines, capables de déterminer un accouchement prématuré.

Que penser enfin de ces tireuses de lait professionnelles, qui peuvent être la cause d'accidents syphilitiques ultérieurs chez la nourrice. Leloir, Rol-

let ont rapporté des cas de ce mode de contagion. « Bourgogne — d'après Varnier — raconte l'histoire d'une femme qui depuis plusieurs années, prêtant son ministère pour former, par une succion prolongée, les seins des jeunes personnes, ou pour les dégorgier d'une surabondance de lait, infecta de syphilis douze ou quatorze femmes qui communiquèrent la maladie à leurs enfants. Quelques-uns de ceux-ci infectèrent les nourrices, qui à leur tour communiquèrent la syphilis à leurs propres enfants qu'elles nourrissaient en même temps. »

De tels exemples suffisent pour condamner un système.

A côté de ces moyens mécaniques se placent les moyens thérapeutiques, si nous pouvons ainsi dire, qui, eux, auraient pour but, de tanner le mamelon, de rendre son épithélium si fragile, plus ferme et plus résistant.

Pommades, lotions, pansements humides ont été tour à tour utilisés :

Dubois, pendant un mois avant l'accouchement, faisait faire des onctions avec l'une des pommades suivantes :

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. Tannin..... | 4 grammes |
| Axonge..... | 30 — |
| 2. Huile d'amandes douces... | } à parties égales |
| Beurre de cacao..... | |
| Tannin..... | |

Cazeaux préférait les lotions astringentes et toniques qui augmentent la densité, émoussent la sensi-

bilité des téguments : l'eau froide, ou l'eau fortement salée, le vin rouge, l'eau-de-vie, l'eau blanche, la décoction de quinquina, l'infusé de roses de Provins, etc., etc.

Trousseau faisait de rapides lotions avec de l'eau simple en évitant le froid.

Tarnier conseillait les lotions savonneuses des seins et application de compresses imbibées de bichlorure de mercure.

L'eau boriquée simple, ou l'eau boriquée alcoolisée ont été utilisées par Pinard et par Varnier.

Ces lotions qui ont la réputation d'affermir l'épiderme, sont certainement préférables à toutes les pommades possibles qui tachent les vêtements, rancissent et entretiennent la saleté du mamelon, quand elle existe, et qui n'étaient leur efficacité que sur l'antiquité de leur renommée : et c'est de cette réputation séculaire qu'il faut se défier le plus, car, sauf heureux effet du hasard, antiquité et antiseptie ne vont pas de pair.

Quant aux lotions elles-mêmes, qu'il s'agisse d'eau-de-vie ou de solutions alcooliques de tannin, on peut leur reprocher d'aller trop loin dans le but qu'on veut atteindre, c'est-à-dire d'enlever au mamelon sa souplesse. Lorsque l'enfant tétera, et que le bout s'allongera, cet épithélium qui aura perdu son élasticité, se cassera, se fendillera, plutôt que de se laisser distendre.

En somme, avant l'accouchement, nous croyons qu'on agira sagement en s'abstenant de toute prati-

que : il est des mamelons qui paraissent petits et fragiles et que l'enfant prend sans difficulté.

Une seule chose nous paraît vraiment utile et même nécessaire : c'est de maintenir les mamelons dans un état constant de rigoureuse propreté : des lavages quotidiens à l'eau chaude savonneuse, et un pansement sec pour isoler le mamelon, suffiront le plus souvent.

II. — *Prophylaxie après l'accouchement.*

Nous avons cru pouvoir affirmer dans le chapitre sur l'étiologie qu'une des causes qui favorisaient le plus l'apparition des crevasses était la négligence de la mère, ou son ignorance en ce qui concerne les tétées. Nous croyons donc utile d'insister sur leur réglementation durant les premiers jours de l'allaitement.

Nous sommes heureux de pouvoir citer, un des premiers sans doute, un livre récemment paru, *La Pratique Médico-chirurgicale*, de MM. Brissaud, Pinard, Reclus : les renseignements que nous allons donner, ont été largement empruntés à l'article « Allaitement » de ce traité, rédigé par notre maître M. Wallich.

Il est d'abord absolument inutile que l'enfant soit mis au sein dans les douze premières heures qui suivent l'accouchement. Il est aussi inutile et même

dangereux de lui faire absorber l'eau sucrée classique.

L'enfant est mis au sein : « Il trouve dans le colostrum une alimentation légère, dilatant peu les voies digestives ». « Son appétit s'est développé, à ce régime léger ; il va téter avidement, et la sécrétion lactée se fera d'autant plus active que les suctions seront plus énergiques ; elles auront aussi pour effet d'assouplir et de conformer les bouts de seins que l'enfant saisira de plus en plus facilement » (Wallich). Le colostrum est peu abondant, et si la montée laiteuse tarde à se produire, l'enfant se fatigue, s'irrite, se décourage à tirer pour ne rien prendre. La mère ne doit pas perdre patience, et doit administrer à l'enfant quelques cuillerées de lait stérilisé pour calmer sa faim.

Vers le troisième jour apparaît la montée laiteuse. Les seins sont gonflés, distendus, pesants, légèrement chauds, difficiles à prendre. On soulagera les douleurs souvent vives à ce moment en soutenant les seins remontés et maintenus par un bandage de corps ; il deviendra même nécessaire parfois de faire des applications sur les seins « de compresses exprimées après avoir été imbibées d'eau aussi chaudes qu'on peut les supporter ».

La montée laiteuse accomplie, il devient nécessaire de régler le nombre des tétées.

« La réglementation naturelle des tétées, dit M. Wallich, serait de mettre au sein l'enfant chaque fois qu'il se réveille et se met à crier. C'est ainsi, du

reste, qu'il convient de procéder les premiers jours et pendant la montée laiteuse pour calmer dans la mesure du possible les douleurs provoquées par les phénomènes fluxionnaires. Lorsque ceux-ci sont dissipés, il y a avantage à réglementer le nombre et les heures des tétées en tenant compte des occupations sociales et du temps de sommeil de la mère. Le nourrisson sent rapidement la discipline qui lui est imposée et prend, en peu de temps, les habitudes qu'on lui indique. »

Combien de temps s'écoulera-t-il entre chaque tétée ?

Il faut deux heures et demie à l'estomac du nourrisson pour digérer ce qu'il prend et vider son estomac. En tenant compte du temps perdu avant la tétée et après la tétée on voit qu'en fait on laisse près de trois heures d'intervalle. En agissant ainsi on donnera de six à sept tétées par vingt-quatre heures. Il nous paraît inutile et même dangereux pour la santé de l'enfant d'en donner davantage. « Il est de bonne politique, ajoute M. Wallich, au point de vue de la réussite de l'allaitement maternel, de bien ordonner ces heures de tétées afin de laisser à la mère la libre disposition de ses heures de repas et de sortie suivant son état social. La réglementation doit avoir pour but d'espacer suffisamment les tétées, tout en laissant pendant la nuit un repos de six à huit heures et cela aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Ces tétées seront prises soit à un seul sein, soit aux deux suivant l'abondance de la lactation. »

Combien de temps l'enfant devra-t-il rester au sein ? C'est une question pour laquelle il est impossible de donner des règles précises : chacun sait combien elles seraient facilement violées. Au demeurant, toutes les formules qu'on a données sur le temps à laisser l'enfant au sein, et sur la quantité de lait qu'il doit prendre sont parfaitement inutiles : « Chaque enfant présente un appétit spécial, une façon personnelle de digérer ; il subit à sa manière l'influence de l'alimentation qui lui est donnée, il faut enfin tenir compte de la valeur nutritive du lait de telle ou telle femme. C'est tout cela, conclut M. Wallich, qui doit être apprécié pour indiquer l'augmentation ou la diminution du nombre des repas et les heures auxquelles ils doivent être pris. »

Mais la mère doit éviter un écueil : beaucoup d'enfants, lorsqu'ils ont assez pris, ne quittent pas le sein, s'y endorment et la nourrice indulgente n'ose pas les déranger. Nous avons déjà signalé les graves inconvénients pour le mamelon de cette coupable négligence. Nous insistons donc sur ce fait que l'enfant ne doit pas paresser au sein.

En agissant comme nous l'avons indiqué dans les pages précédentes, on n'astreindra pas la mère à l'observation de règles fastidieuses et le plus souvent inutiles et on lui procurera pendant la nuit des heures de sommeil qui sont indispensables à sa santé, condition primordiale pour mener à bien l'allaitement commencé.

Nous avons dit que les seins devaient être tenus,

avant l'accouchement, dans un état constant de rigoureuse propreté. C'est surtout, après l'accouchement, que cette précaution devient indispensable. Les mamelons sont constamment mouillés par le colostrum, la salive de l'enfant. Les nourrices ont la fâcheuse habitude de toucher les bouts avec leurs mains, et d'autre part il est bien difficile d'interdire ces attouchements aux nouvelles accouchées, surtout quand l'enfant met de la mauvaise volonté à prendre le sein. Mais, du moins, doit-on leur faire comprendre les dangers de ces manœuvres et leur recommander d'avoir les mains d'une propreté absolue avant de s'y livrer.

Dans le début, *avant et après chaque tétée*, on lavera soigneusement le mamelon avec une solution antiseptique. Mais laquelle employer ? Il est permis d'être embarrassé tant sont nombreuses celles qu'on a proposées : eau chaude additionnée d'eau-de-vie, ou de sulfate de zinc, ou de quelques gouttes de SO^4H^2 ; eau légèrement astringente ; eau boriquée ; solution de sublimé.

Il est inutile, ce nous semble, sinon nuisible de maintenir un pansement humide, à cause de la macération possible de l'épiderme. Nous croyons qu'il est plus simple de procéder comme il suit : le mamelon est lavé, avant et après chaque tétée, avec une solution d'alcool à 90 degrés, coupée de deux tiers d'eau bouillie. Entre les tétées, on applique sur le sein une rondelle faite de trois épaisseurs de gaze stérilisée et de la dimension d'une paume de main ;

du coton hydrophile et du coton ordinaire maintenant en place la gaze. Le tout est soutenu par un bandage de corps, ou simplement par une serviette cerclant le thorax.

Chacun peut se procurer un récipient à couvercle dans lequel on tient tout préparés des tampons d'ouate hydrophile baignant dans la solution.

Quant aux rondelles de gaze stérilisée, on peut les trouver toutes préparées; mais il n'est pas difficile de les préparer soi-même en les découpant dans de la tarlatane apprêtée. Pour les stériliser il suffit de les mettre dans une boîte en fer blanc qu'on laisse une demi-heure dans un four à cuisine.

Ce pansement aseptique, constamment appliqué sur les seins, aura le double avantage d'éviter au mamelon le contact de la chemise ou de la camisole, de bien maintenir et bien relever les seins. Le bandage de corps pourvoit bien à cet effet. Pour empêcher le bandage de descendre, on peut utiliser deux bandes formant bretelles, qui, passant sur les épaules, s'attachent devant et derrière.

Lorsque les seins sont volumineux et tombants, il est indispensable de confectionner, avec de l'ouate et de la toile, deux petits coussins en forme de croissant, que l'on placera à la partie inférieure et externe du sein, dans le pli sous-mammaire; fixés à l'aide du bandage, ces coussins maintiennent admirablement les seins relevés.

Il est enfin une dernière précaution à prendre sur laquelle nous désirons insister un peu: elle est

négligée le plus souvent, soit parce qu'elle n'est pas prescrite, soit parce qu'elle paraît superflue à la mère ou à son entourage. Nous voulons parler des soins à donner à la bouche du nouveau-né.

Nous n'avons pas suivi Rossi quand il faisait du mauvais état de la bouche de l'enfant, la cause unique des crevasses ; nous avons dit que c'était une théorie trop exclusive ; mais elle n'en renferme pas moins une part de vérité. Il est évident que le lait et la salive séjournant dans la bouche de l'enfant ont une tendance à fermenter : la salive est rendue plus acide et, de ce fait, peut plus facilement attaquer l'épiderme du mamelon.

C'est une raison suffisante, ce nous semble — avec tant d'autres — pour maintenir chez l'enfant un état buccal aussi parfait que possible : un petit tampon d'ouate hydrophile, imbibé d'eau boriquée faible, promené dans la bouche de l'enfant pour en enlever les gouttelettes de lait caillé qui y séjournent, suffira le plus souvent.

C'est une pratique qui nous paraît fort simple et qu'il serait désirable en tous points de voir se généraliser.

Trop souvent, malheureusement, ces moyens échouent et la crevasse apparaît. Il convient de la traiter.

CHAPITRE V

Traitement

Nous arrivons à la dernière partie de ce travail, au traitement des crevasses.

Dans la première partie, nous avons étudié la fréquence et l'importance des crevasses, tant par les complications qui en peuvent être la conséquence que par la cessation de l'allaitement, résultat désastreux pour l'enfant.

Nous avons vu les efforts de la prophylaxie ; nous avons dit aussi que trop souvent le traitement préventif le mieux approprié et le plus scrupuleusement observé était impuissant à éviter l'apparition de la lésion.

Nous considérons qu'il est d'une nécessité absolue de se préoccuper sérieusement de cette petite érosion, bénigne en apparence. Souvent, si elle n'est pas trop douloureuse, la nourrice néglige de la signaler au médecin ; et si elle l'est trop, et que la mère nourrisse son enfant sans enthousiasme, elle en tire un prétexte pour supprimer l'allaitement : car toutes les raisons sont bonnes à une maman qui ne nourrit son enfant que contrainte par les instances de son médecin ou de l'entourage ; une gerçure appa-

rait-elle qui provoque un peu de douleur, la raison est trouvée et paraît toujours péremptoire.

Nous nous hâtons de dire que de tout temps les praticiens ont travaillé à chercher des moyens curatifs : peu d'affections, en effet, comptent à leur actif un si grand nombre de traitements. Tous les médicaments ont été essayés, depuis les émollients, les astringents et les caustiques, en passant par les anesthésiques, jusqu'aux antiseptiques. Tant de diversité prouve, en somme, une grande impuissance, en tout cas les difficultés auxquelles on se heurte.

Il ne nous paraît pas inutile de rappeler ce qui a été dit, ce qui a été fait. Beaucoup de traitements, surtout ceux qui datent de l'ère préantiseptique, offrent, sans doute, peu d'intérêt pour la pratique ; mais ils restent intéressants pour montrer les efforts tentés contre cette lésion, et partant, la nécessité de ne pas l'ignorer.

Mauriceau, en 1712, recommandait de se préoccuper de ces ulcères pour qu'ils ne dégénèrent pas en ulcères malins : « C'est pourquoi, disait-il, aussitôt qu'ils commencent, il serait à propos que la femme s'abstint de donner à téter à son enfant jusqu'à ce qu'ils fussent complètement guéris. » D'abord un peu d'huile d'œuf ou d'huile de cire neuve ; puis des remèdes dessiccatifs, de l'eau albumineuse et de l'eau de chaux. « On les bassinera avec de l'eau de plantaire, mettant par-dessus de petits linges bien mollets et trempés dans ces eaux ; ou on se servira de quelque emplâtre de céruse ou de poudre d'ami-

don. » Mais Mauriceau recommandait fort expressément de ne rien faire qui pût être nuisible à l'enfant, ni troubler son goût et par conséquent l'éloigner du sein : « C'est pourquoi, ajoutait-il, beaucoup se contentent seulement d'y mettre un peu de miel rosat. » — Les émollients sont propres à préserver et non pas à guérir. — Il recouvrait le bout du sein d'un chapeau de cire, ou de bois ou de plomb.

Les émollients étaient, autrefois, surtout employés quand il y avait de l'inflammation :

Décoction émolliente ;
Mélange de semences de coings ;
Huile d'amandes douces ;
Cérat simple ;
Pommade de concombre ;
Beurre de cacao ;
Crème de beurre frais ;
Beurre frais mélangé à une petite quantité
d'amidon ;
Cold créam, etc., etc.

Si l'inflammation était vive et douloureuse c'étaient les narcotico-émollients :

Décoction de guimauve et têtes de pavot ;
Onguent populeum.
Si les tissus paraissaient ramollis :
Le baume du Samaritain.
Si la douleur était vive :
Le liniment oléo-talcaire.
Si l'inflammation n'était pas très vive, on avait

recours à une thérapeutique plus active, sous forme de lotions ou de pommades.

Trousseau commençait par faire des lotions à l'eau tiède, puis se servait pour cautériser de l'une des deux solutions suivantes :

1° Azotate d'argent.....	0 gr. 03
Eau distillée.....	30 gr.
2° Sulfate de cuivre.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	30 gr.

Quand ces moyens ne réussissaient pas on avait recours aux balsamiques : teinture de cachou, teinture de benjoin.

Silbergondi employait :

Extrait aqueux d'opium.....	0 gr. 05
Eau de chaux récemment préparée.	} aâ 12 gr.
Huile d'amandes douces exprimées	
récemment.....	

Harless :

Borax.....	8 grammes
Baume du Pérou noir.....	6 —
Huile d'amandes douces..	4 —
Jaune d'œuf.....	} aa 8 à 12 grammes
Blanc d'œuf.....	
f. s. a émulsion	

Stolz (Strasbourg) :

Baume du Pérou.....	1 gramme
Eau de roses.....	10 —
Huile d'amandes douces.	5 —
Gomme arabique.....	5 —

On faisait les badigeonnages ; on lavait avant et après chaque tétée.

Meissner et Scanzoni, redoutant tous ces topiques, faisaient de simples lavages à l'eau froide. Meissner prétendait que l'eau froide appliquée sur un mamelon échaudé par la tétée était de nature à calmer la douleur, à rendre l'épiderme moins impressionnable.

Disons, dès maintenant, que ce procédé nous paraît plus prophylactique que thérapeutique.

Startin, de Londres, utilisait :

Biborate de soude.....	2 à 4 grammes
Glycérine purifiée.....	15 —
Eau distillée de roses.....	225 —
m. s. a. pour lotion.	

Des moyens plus énergiques sont employés :

1 ^o Précipité blanc.....	0 gr. 20
Axonge.....	10 gr.
2 ^o Sublimé corrosif.....	0 gr. 03
Eau distillée.....	30 gr.

Stolz cautérisait la fissure au nitrate d'argent, il passait le crayon le plus profondément possible ; faisait immédiatement après une lotion froide qui calmait la douleur.

Velpeau se trouvait bien de l'eau de guimauve associée au calomel, ou d'une solution d'alun, ou de glycérine en pommade. Il cautérisait au crayon de nitrate d'argent, et si la maladie était plus étendue

en surface qu'en profondeur, il préférerait une solution de ce sel à 1/10.

Les poudres absorbantes : lycopode, amidon, fleur de farine, suffisent, dans le principe, dit-il.

Le collodion aurait l'avantage de former un épiderme protecteur.

Si la douleur était vive, il prescrivait avec avantage le liniment oléocalcaire (parties égales d'huile et d'eau de chaux). Quand il voulait agir plus énergiquement il prescrivait le sulfate de zinc :

Sulfate de zinc.....	o gr. 30
Eau distillée.....	30 gr.

Il conseillait de ne jamais cesser l'allaitement : « Quand il n'y aurait qu'un sein de pris, il convient de ne pas supprimer la lactation du côté malade. Si la femme ne donne plus à téter, la sécrétion du lait continuant entretient dans la mamelle une chaleur, un gonflement, une tension, un engorgement tels que les gerçures et les excoriations en sont exaspérées, qu'il y a bientôt menace de phlegmon et d'abcès. Si donc, il n'y a pas d'autres contre-indications on doit tout essayer contre les gerçures avant de renoncer à l'allaitement. Mais, si la maladie résiste, si la femme continue d'en être profondément impressionnée, si le nouveau-né devient malade ou maigrit, il vaut mieux aller chercher une nourrice. »

Pour Dubois le beurre de cacao soustrait la plaie au contact de l'air, mais agit trop lentement ; le collodion a l'inconvénient de se laisser détacher par les tétées suivantes, ce qui entraîne souvent un

suintement de la crevasse ; la créosote est d'une application trop rigoureuse, elle a une odeur repoussante et l'enfant refuse le sein ; la cautérisation réussit à condition de cesser l'allaitement et encore peut-il devenir la source d'une inflammation phlegmonneuse de la mamelle : c'est donc un moyen incertain et dangereux.

Lorain soutenait le sein avec un bandage, empêchait le contact des linges trop durs, prévenait autant que possible le gonflement des seins, faisait essuyer le mamelon après chaque tétée et faisait ensuite laver à l'eau chaude. Il se servait du collodion en couche épaisse pour protéger le bout du sein du contact de l'air, de la salive du nourrisson et des tractions continues exercées pendant la succion.

Churchill recommandait aussi le nitrate d'argent, en ayant bien soin de laver le sein avant d'y remettre l'enfant. Druitt, cité par Churchill, une solution de cinq grains de tanin dans une once d'eau distillée ; Jonhson, la lotion ou la pommade suivantes, qu'on peut appliquer séparément ou simultanément :

1 ^o Borax	8 gr.
Craie préparée	5 gr.
Alcool	} aa 60 gr.
Eau de roses	

pour lotion.

2 ^o Cire blanche	16 gr.
Huile d'amandes douces	30 gr.
Miel	15 gr.

faire fondre à une douce chaleur et ajouter graduellement :

Baume du Pérou

8 gr.

pour faire un onguent.

L'acide picrique, préconisé par Charrier, aurait donné de bons résultats entre ses mains : deux solutions, l'une au 1/10, l'autre au 1/1000, un badigeonnage par jour avec la première, et badigeonnage avec la seconde après chaque tétée. Les douleurs céderaient rapidement.

Vinay employait l'aristol sous forme de pommade ou de collodion à 10 o/o. Ces préparations auraient une odeur agréable, ne présenteraient pas de dangers d'intoxication, appliquées régulièrement après chaque tétée, elles feraient cesser la douleur au deuxième jour ; et la cicatrisation serait complète au quatrième.

Plus près de nous, Audebert, dans le but de soustraire les érosions à l'action des suctions de l'enfant, revient au pansement agglutinatif et propose le Stéré-sol. Le stéré-sol est un vernis antiseptique imaginé par F. Berlioz ; c'est une solution alcoolique de gomme laque et de benjoin à laquelle on ajoute 10 o/o de phénol, de la saccharine et de l'essence de cannelle. Suivant Audebert, il offrirait les avantages suivants :

1° Par ses propriétés antiseptiques, il hâterait la cicatrisation de la gerçure ;

2° L'isolement la met à l'abri des germes extérieurs et prévient les complications septiques ;

3° Il supprime le contact des lèvres de l'enfant,

supprime la douleur et permet de continuer l'allaitement ;

4° Appliqué seulement sur les points malades il laisse à nu l'ouverture des canaux galactophores et ne s'oppose pas à l'excrétion du lait ;

5° Enfin il serait inoffensif pour le nouveau-né.

Il n'y aurait qu'une seule contre-indication : la multiplicité des érosions mamelonnaires ; car on pourrait ainsi obstruer les canaux galactophores et supprimer du coup l'écoulement du lait.

Teisseire enveloppe le bout de sein et toute l'aréole dans un morceau de baudruche de forme circulaire, percé de trous à son centre : on le colle à la mamelle à l'aide de collodion.

Nous arrêtons cette longue série de médications si variées, non point qu'elle s'arrête là : nous parlerons en effet dans un instant des moyens visant plus particulièrement la douleur : nous insisterons ensuite sur les traitements qui nous paraissent les plus rationnels : celui de M. Pinard, celui de M. Lepage, celui qu'emploie actuellement M. Wallich à la clinique Baudelocque : et nous terminerons par quelques considérations sur les instruments employés pour soustraire le mamelon à la bouche de l'enfant.

Mais auparavant, nous croyons devoir insister sur l'insuffisance, et parfois les dangers des préparations précédemment citées.

Si les émollients offrent l'avantage de faire cesser la douleur et de calmer l'inflammation, ils offrent le grave inconvénient d'être, le plus grand nombre,

d'excellents milieux de culture pour les microbes qui sont toujours nombreux dans les anfractuosités du mamelon.

Les astringents auraient la propriété de resserrer les tissus sur lesquels on les applique, de tarir les sécrétions, de coaguler l'albumine. Mais on sait aujourd'hui que cette action n'est ni constante, ni uniforme.

Les caustiques nous paraissent trop actifs pour les tissus aussi fragiles que ceux du mamelon.

Nous avons vu ce que Dubois pensait du collodion qui a l'inconvénient de se laisser détacher par les tétées suivantes et de laisser à nu une ulcération suintante ; de plus il provoque une douleur assez vive au moment de l'application. Les mêmes critiques peuvent être adressées au stérésol ; et Oui qui l'a essayé n'a jamais obtenu ni la cédation de la douleur, ni cicatrisation. Quant à la [beaudruche de Teisseire, elle ne protège pas les gerçures du sommet ; du côté de la peau elle provoque de la rougeur et la fait rétracter ; il est douteux que l'enfant s'habitue à ce pansement ; en tout cas si la baudruche se ramollit, l'enfant peut en avaler les morceaux.

Mais surtout il faut proscrire d'une façon absolue l'emploi des pommades, des épithèmes de toute sorte. Ce sont les préparations qui se conservent difficilement, qui fermentent vite, et qu'on emploie souvent, quand même, par négligence ou par économie. Le plus souvent elles ne sont pas préparées aseptique-

ment. Il faut s'élever avec énergie contre les cataplasmes émollients de mie de farine, de fécule ou d'amidon dont l'usage est si général et si vieux. Fût-il arrosé d'une solution antiseptique quelconque, un cataplasme constitue toujours entre des mains profanes un topique malpropre et qui ne demande qu'à fermenter. Enfin, avant et après chaque tétée, il est nécessaire de bien nettoyer le mamelon, pour éviter à l'enfant l'absorption des principes actifs.

Ces nettoyages doivent être fréquemment renouvelés. C'est une précaution qui nous paraît difficile à obtenir. Et s'ils sont faits, c'est le plus souvent d'une façon superficielle et rapide : le danger n'est pas évité. D'autre part ces lavages nécessaires usent l'épithélium, le rendent plus fragile ; s'ils sont faits rapidement, sans ménagements, ils risquent de déchirer une crevasse en voie de cicatrisation.

Nous arrivons au pansement anesthésique préconisé par Herrgott, Marfan, Maygrier et Blondel, et Teisseire.

Herrgott, de Nancy, a utilisé le pansement à la cocaïne au moment où on commençait à expérimenter les effets de cette substance. M. Herrgott pensait, avec raison, ce semble, que l'emploi de la cocaïne était théoriquement indiqué, d'une façon absolue dans le traitement des crevasses du sein, les extrémités des filets nerveux se trouvant à nu et pouvant par conséquent être mises directement en contact avec la substance anesthésique.

La technique consistait à badigeonner à plusieurs

reprises le mamelon et les surfaces érodées avec un pinceau imbibé d'une solution de chlorydrate de cocaïne à 4 o/o. Dix minutes après on lavait avec de l'eau les parties badigeonnées à la cocaïne. Les résultats obtenus furent satisfaisants au point de vue de l'anesthésie. Mais la durée de celle-ci était variable : tantôt l'action calmante persistait toute la journée, tantôt la douleur était supprimée seulement pendant une tétée. En outre la cocaïne agissait peu sur la cicatrisation.

Voici dans quelles conditions Marfan fut amené à se servir du pansement à la cocaïne. « Notre accouchée, dit-il, est à son troisième enfant ; elle a nourri les deux premiers et désire allaiter le troisième ; mais au troisième jour de l'accouchement, les deux mamelons présentent des fissures semi-lunaires, au niveau de leur base, à leur union avec l'aréole ; il existe, en outre, des érosions à leur sommet, l'allaitement devient si douloureux qu'on est obligé de faire nourrir l'enfant par la nourrice de service. Deux jours s'écoulaient sans que la mère puisse donner le sein à son enfant. Au bout de ce temps, les seins sont tuméfiés, durs et douloureux.

« La mère nous fait observer que c'est surtout au début de la tétée que les suctions sont douloureuses. Lorsque les suctions se succèdent régulièrement, la douleur s'apaise un peu et devient supportable. Il s'agissait donc de supprimer les douleurs du début de la tétée, puisque ces douleurs passées l'allaitement devient possible. C'est ce qui a suggéré au Dr Audhoui

d'employer la cocaïne. Avec une solution au 1/20 ; nous badigeonnons le mamelon en repassant plusieurs fois le pinceau ; nous l'essuyons ensuite légèrement avec une compresse et l'enfant est mis au sein. »

On sait aujourd'hui que les sels de cocaïne ne produisent sur la douleur qu'une accalmie passagère ; facilement solubles, ils sont rapidement résorbés, de sorte que leur action est, tout à fait, transitoire. Il serait nécessaire pour en obtenir des effets certains d'en faire usage avant chaque tétée. Et ceci est déjà une obligation difficile à remplir. Mais il existe des inconvénients plus considérables : d'abord la cocaïne est toxique ; elle est toxique pour l'adulte à doses relativement faibles, surtout quand il n'y a pas accoutumance ; *a fortiori*, pour un nourrisson. D'où la nécessité de ne l'utiliser qu'à des doses faibles.

Et puis n'a-t-on pas prétendu aussi que la cocaïne exerçait sur la sécrétion une action fâcheuse. « Une observation de M. Guénel, communiquée à la Société médicale de Nantes, semblerait justifier cette opinion. M. Guénel prescrivit chez une accouchée, pour combattre les douleurs mammaires causées par les gerçures, des lotions cocaïniques. La douleur disparut, les gerçures guérirent, mais les mamelles devinrent flasques ; la sécrétion lactée était supprimée. On suspendit le topique à la cocaïne, la sécrétion reparut et on put continuer l'allaitement » (Teisseire).

Donc, malgré l'action anesthésique puissante de la cocaïne, en général, elle nous apparaît, dans le cas particulier, avec de trop graves inconvénients,

pour que nous essayions de la ressusciter de l'oubli où elle est tombée ! Un assez vaste champ qui s'agrandit tous les jours s'ouvre devant elle en chirurgie !

Mais il existait là une lacune. La douleur, nous l'avons dit au début, est une complication assez grave pour qu'on la traite. Il fallait, parmi les médicaments susceptibles de la calmer, trouver celui qui remplirait les conditions d'analgésie, d'antisepsie et d'inocuité exigées pour le traitement rationnel des crevasses du sein.

Ce médicament, M. Maygrier crut l'avoir trouvé, et fit expérimenter dans son service l'orthoforme, par M. Teisseire, auquel nous empruntons les renseignements qui vont suivre :

La dissolution de l'orthoforme s'effectue si lentement et si graduellement que les quantités destinées à être résorbées sont toujours minimales et que son action peut se continuer pendant longtemps ;

Son pouvoir anesthésique sur les extrémités nerveuses mises à nu serait considérable et se prolongerait au delà de vingt-quatre heures.

Son pouvoir antiseptique est par contre d'une intensité moyenne ; « mais un antiseptique énergique, dit Teisseire, n'est pas indispensable ; la plaie que nous traitons est, en effet, aseptique ou peu septique et le pansement sec que nous appliquons, modérément antiseptique, répond suffisamment aux indications ».

Enfin, l'orthoforme serait absolument dénué d'ino-

cuité sur l'état général, « de sorte que l'on peut en faire des applications en toutes quantités, même sur les plus grandes plaies ou surfaces ulcérées ».

Voici maintenant la technique de son emploi : « On insuffle la poudre d'orthoforme sur toute l'étendue de la plaie, ou mieux on étale une petite couche égale et uniforme de poudre au milieu d'une compresse stérilisée, et on applique cette compresse sur le sein, en mettant en rapport la partie orthoformée avec la plaie du mamelon. Par-dessus, on met une épaisseur de coton hydrophile que l'on recouvre d'un morceau de taffetas gommé. Enfin un bandage de corps maintient le tout ».

« Il est inutile de mesurer à chaque pansement la quantité d'orthoforme ; il suffit qu'elle soit en rapport avec l'étendue de la gerçure ; d'ailleurs nous avons vu que l'inocuité de cette substance est absolue et qu'elle agit uniquement sur les parties abrasées, alors que son influence est nulle sur les tissus environnants. »

« Toutes les deux heures, au moment des tétées, la compresse recouvrant le sein qui doit allaiter est enlevée provisoirement. Le mamelon est lavé avec un tampon de coton hydrophile imbibé d'eau boriquée tiède, puis essuyé avec du coton sec. Le sein est alors présenté à la bouche de l'enfant. Après la tétée on lave de nouveau le mamelon à l'eau boriquée et on l'essuie ; puis on replace la compresse orthoformée sur les bouts comme précédemment. De cette façon l'orthoforme est maintenu appliqué entre

chaque tétée sur la surface dénudée, condition très favorable au résultat que l'on veut obtenir » (Teisseire).

Quels résultats a-t-on obtenus ? Au niveau de la plaie il se forme une croûte jaunâtre protectrice, aucun exsudat purulent ne vient souiller le mamelon, les petites hémorragies sont supprimées ; enfin la durée de la lésion est diminuée : voici, du reste, les résultats de Teisseire, portant sur vingt-neuf observations :

Dans 3 observations guérison en 2 jours

— 3	—	3	—
— 11	—	4	—
— 8	—	5	—
— 3	—	6	—
— 1	—	7	—

La guérison serait donc obtenue dans une moyenne de quatre à cinq jours.

Oui, sur 9 cas on a observé 7 succès, 1 amélioration, et 1 insuccès.

Malgré les résultats de Teisseire, nous restons dans le doute vis-à-vis de l'orthoforme, comme vis-à-vis de la cocaïne. Il lui attribue une inocuité absolue : or, on a signalé des éruptions érythémateuses à distance, avec nausées et vomissements et température. Cet érythème, a pu s'accompagner de vésiculation, et même dans certains cas de lésions gangreneuses. Ces cas ne sont pas très fréquents, sans doute, mais ces observations d'intolérance démontrent

qu'on ne saurait se départir de toute prudence, et qu'il ne faudrait pas, même en pratique, considérer l'orthoforme comme une poudre inerte. Il est donc toxique par lui-même ; et s'il ne manifeste pas toujours sa toxicité, cela tient : 1° à sa faible solubilité, qui rend son absorption également faible ; 2° à la rapidité de l'élimination.

Au total, il nous paraît dangereux de laisser des substances actives entre les mains de nourrices inexpérimentées. D'ailleurs, la meilleure critique qu'on puisse faire de ces deux substances, c'est de dire qu'elles ne sont pas entrées dans la pratique courante.

Dès 1883, M. Pinard, à Lariboisière eut recours au pansement humide, et parmi les différents antiseptiques il choisit l'un des plus inoffensifs, l'acide borique suivant la formule :

Acide borique. 6 gr.

Eau distillée 200 cme.

On prend une compresse pliée en quatre, puis on la trempe dans cette solution et on l'applique sur le sein que l'enfant vient de quitter ; du taffetas gommé la recouvre et empêche l'évaporation ; par-dessus on met de l'ouate et le tout est maintenu par un bandage de corps. L'ouate et le bandage offrent l'avantage de soutenir les mamelles, de les maintenir à une température constante et de les protéger contre l'action du froid. Ce pansement offrirait les avantages suivants :

Il évite les complications ;
Il diminue ou fait disparaître la douleur ;
Il favorise la cicatrisation ;
Il ne détermine jamais d'irritation de la peau,
des phénomènes toxiques chez l'enfant.

Tarnier depuis 1889 employait les compresses humides imbibées de sublimé à 1/5.000, appliquées sur le bout du sein en permanence. Avant la tétée lavages à l'eau bouillie, nouveau lavage après la tétée, et pansement au sublimé ensuite.

En 1894, M. Lepage essaya à la clinique Baudelocque un traitement plus actif que celui de M. Pinard. La crainte de provoquer de l'érythème de la région mammaire, ou les phénomènes d'empoisonnement chez le nourrisson, lui paraît exagérée, d'où la pratique suivante, avec :

Glycérine	500 gr.
Eau stérilisée	450 —
Alcool	50 —
Biodure de Hg.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Iodure de potassium.....	Q. S.

Voici la méthode du traitement telle qu'elle est exposée dans la *Revue d'Hygiène* de 1894 :

« Dès que la femme est transportée dans la salle des accouchées, on lave avec soin les mamelles et la région aréolaire. Ce lavage chez la plupart des femmes n'est pratiqué qu'avant la première tétée : chez celles qui présentent des crevasses on maintient le pansement en permanence dans l'intervalle des tétées. »

« On découpe sur de la tarlatane pliée en huit épaisseurs des rondelles un peu plus grandes qu'une pièce de cinq francs ; on les fait bouillir pendant un quart d'heure. Il est préférable de les faire passer à l'étuve à vapeur sous pression ; puis on les laisse tremper en permanence dans la mixture antiseptique. Lorsqu' « une femme commence à souffrir du mamelon pendant les tétées, on applique le pansement : pour cela dès que l'enfant est retiré du sein, on lave le mamelon avec du coton antiseptique imbibé de la mixture, enfin par-dessus une compresse boriquée, en taffetas gommé, de l'ouate et un bandage de corps pour maintenir le tout. »

« Au moment de la tétée suivante, on défait le bandage de corps ; on enlève le pansement que l'on tient replié dans le carré de taffetas gommé, puis avec un tampon imbibé de la solution boriquée tiède, on essuie avec soin le mamelon et la région pérिमammaire, et l'enfant est mis au sein. »

Ce pansement, de l'avis de son auteur « constitue la véritable prophylaxie de la lymphangite et par suite des abcès du sein ».

On a reproché au pansement humide de faire macérer l'épiderme et de le rendre encore plus fragile ; au pansement boriqué de M. Pinard, de n'être pas assez énergique ; à celui de M. Lepage de l'être trop et de provoquer de l'hydrargyrie.

Le pansement humide mérite certainement le reproche qu'on lui fait ; il ne nous paraît pas qu'il doive être employé en permanence ; il peut devenir

nécessaire dans le cours de l'affection, si elle menace de s'aggraver, ou si une complication est à craindre.

Le pansement boriqué en particulier est sans doute un peu anodin, et l'objection persiste. Mais, d'autre part, l'eau boriquée offre les avantages de ses inconvénients : elle est inodore, nullement toxique, avec un pouvoir antiseptique réel, quoique faible. Or, on doit surtout viser, ce nous semble, à ménager un organe aussi sensible que le mamelon dans les premiers jours de l'allaitement, et aussi le nourrisson.

Le sublimé nous paraît un antiseptique trop énergique, même en solution faible. Il ne faut pas oublier que le pansement au bichlorure a été la cause d'accidents graves, en chirurgie ; qu'il est bien délaissé aujourd'hui après une réelle période d'engouement. Il y a à tenir compte pour son usage de la susceptibilité individuelle qu'il est bien *difficile de reconnaître*. Sans doute, toutes les femmes ne présentent pas de l'hydrargyrie, et les enfants, quand les lavages prescrits sont bien faits, sont à l'abri des accidents toxiques : oui, mais voilà l'écueil : dans les maternités, son usage est possible, parce que tout y est méthodiquement réglé, et que les femmes sont bien surveillées. Mais, en ville, où une surveillance constante est bien difficile, nous n'oserions pas confier ce traitement aux accouchées elles-mêmes. Nous craindrions trop de la part des intéressés de

coupables négligences, dont le médecin serait toujours rendu responsable.

Nous concluons que si l'emploi du sublimé reste possible à l'hôpital, il nous paraît dangereux en clientèle.

Notre maître M. Wallich a renoncé depuis longtemps au pansement humide. Il n'emploie ni l'acide borique, ni le sublimé. Il a choisi l'eau oxygénée.

Cet antiseptique offre sur les précédents des avantages incontestables. C'est une substance dont l'action est certaine et puissante : ne l'emploie-t-on pas d'une façon constante dans la pratique chirurgicale ? Vis-à-vis du nourrisson elle est d'une inocuité absolue. Jamais nous n'avons constaté un accident quelconque. Ces deux raisons sont déjà largement suffisantes pour justifier son usage ; et les résultats qu'elle a donnés entre les mains de notre maître sont assez encourageants pour qu'elle mérite d'être maintenue dans la pratique.

L'eau oxygénée qu'on utilise est à 12 volumes ; on la coupe de moitié d'eau. On fait usage en même temps d'eau stérilisée.

Aussitôt qu'une femme présente une légère excoriation du mamelon, elle commence le traitement. Immédiatement avant chaque tétée, la nourrice nettoie soigneusement son mamelon, soit avec un tampon d'ouate hydrophile, soit avec une compresse imbibée d'eau stérilisée ; puis elle essuie le mamelon.

Elle donne le sein ; après la tétée, nouveau lavage avec l'eau stérilisée, suivi d'un autre lavage avec

l'eau oxygénée. Le mamelon est soigneusement essuyé. On place sur le sein deux compresses stérilisées, l'ouate hydrophile et le tout est maintenu par un bandage de corps.

Telle est la méthode très simple de ce traitement ; il est commode, facile, à la portée de tous ; il n'offre pas les inconvénients du pansement humide ; il se recommande par sa simplicité, l'énergie de son action et son inocuité absolue.

Pour terminer ce chapitre, il nous reste à examiner l'usage des bouts de seins en verre ; le bout de sein Bailly est celui qu'on utilise le plus souvent. Son usage est nettement indiqué quand les lésions sont trop étendues, qu'elles saignent facilement, et quand la douleur pendant la succion est trop vive. « Lorsque le mamelon présente des solutions de continuité assez étendues, facilement saignantes et que l'enfant absorbe du sang en même temps que le lait, il y a avantage à recourir temporairement à un bout de sein artificiel, qu'il faut maintenir en permanence dans l'intervalle des tétées, dans de l'eau boriquée saturée ou dans une solution alcaline. » (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

Hormis ce cas, il est prudent de s'abstenir ; car les instruments présentent de sérieux inconvénients.

Ils exigent des soins minutieux de propreté ; ils doivent être maintenus d'une façon constante dans une solution antiseptique concentrée ; et il est souvent difficile de persuader les nourrices de cette

nécessité : le muguet est souvent le résultat de leur usage.

La cicatrisation ne s'obtient pas aussi facilement qu'on pourrait le supposer ; souvent les gerçures se rouvrent et saignent ; et la douleur, quoique amoindrie, est, quand même, assez vive.

Enfin, il est beaucoup plus difficile pour l'enfant de téter le bout de sein que le mamelon ; le lait ne vient pas facilement ; la succion doit être assez prolongée ; et on n'obtient pas la quantité de lait nécessaire pour un repas. L'enfant est obligé à des efforts qui le lassent, le fatiguent et le dégoûtent. En outre, ces efforts ne sont peut-être pas sans influence sur son appareil pulmonaire.

Donc, à moins de nécessité absolue, nous ne conseillons pas l'emploi des bouts de seins et de tous les instruments similaires, si ingénieux soient-ils. Nous ne pensons pas, d'ailleurs, que leur usage reçoive beaucoup d'applications.

Quelquefois, *malgré* toutes ces précautions, la cicatrisation ne se fait pas. La crevasse, à chaque tétée, se rouvre et saigne ; l'enfant a du méloëna, ce qui inquiète la famille ; la mère souffre. Que faire dans ce cas ? Il faut calmer les inquiétudes de la nourrice qui désespère de nourrir son enfant, et faire cesser l'allaitement au sein pendant un jour ou deux. Pendant ce temps on donne à l'enfant du lait stérilisé. On reprend ensuite, petit à petit, l'allaitement maternel ; on donne, les premiers jours, moins souvent et moins longtemps le sein. Si l'enfant n'est

pas satisfait, on lui donne du lait stérilisé. Ainsi, progressivement, on en vient à ne plus donner que le sein.

Dans ces conditions, nous ne pensons pas qu'on soit jamais obligé de supprimer l'allaitement maternel. En tout cas, c'est une mesure grave, qu'on n'est autorisé à prendre que lorsque toutes les ressources de l'art ont été vainement tentées !

CONCLUSIONS

Cette étude, que nous avons essayé de faire aussi complète que possible, comporte, à notre sens, un double enseignement pour la mère qui désire allaiter son enfant, et pour le praticien qui est appelé à diriger cet allaitement.

La mère ne devra pas oublier de signaler cette complication à son médecin.

Le médecin, de son côté, doit compter avec cet accident.

Les crevasses, en effet, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit. Cette fréquence apparaît nettement quand, au lieu de consulter les archives des maternités, on examine soi-même, comme nous l'avons fait, les nouvelles accouchées.

Le médecin devra donc prendre les mesures propres à les éviter. Parmi elles, les soins de propreté les plus grands, avant et après l'accouchement, et surtout *avant et après chaque tétée*, nous paraissent indispensables.

Si, malgré toutes ces précautions, les crevasses apparaissent, il faut les traiter comme on traite toute plaie, susceptible de l'infecter.

Parmi tous les moyens dont nous avons parlé, dans le dernier chapitre, l'eau oxygénée, d'après M. Wallich, réalise les avantages d'un antiseptique excellent, sans être dangereux, ni toxique.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- VELPEAU. — Traité des maladies des seins.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements.
- CAZEAUX. — Traité pratique de l'art des accouchements.
- FONSSAGRIVES. — Leçons d'hygiène infantile.
- MARFAN. — Traité d'allaitement.
- CHURCHILL. — Maladies des femmes.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- MANQUAT. — Traité de théorie pratique.
- TARNIER. — Asepsie et antisepsie en Obstétrique.
- BRISAUD, PINARD, RECLUS. — La pratique médico-chirurgicale.
- DELESTRE. — Revue d'obstétrique, 1906.
- VARNIER. — Revue d'obstétrique, 1891.
- AUDEBERT. — Archives de tocologie, 1896.
- OUL. — Echo médical du Nord, 1900.
- RESSEIN. — Thèse de Paris, 1884.
- COURGY. — Thèse de Paris, 1877.
- BRÈS (M^{me}). — Thèse de Paris, 1875.
- DUVAL (J.) — Thèse de Paris, 1861.
- ROSSI. — Gazette médicale, 1845.
- VERGEADE. — Thèse de Paris, 1881.
- HÉRY. — Thèse de Paris, 1897.
- MARFAN. — La thérapeutique contemporaine, 1884.

LEPAGE. — Revue d'hygiène, 1894.

DLUSKA (M^{me}). — Thèse de Paris, 1894.

MÉRITT. — Thèse de Paris, 1887.

TEISSEIRE. — Thèse de Paris, 1898.

SOLOMJAN-BIRFELD (M^{me}). — Thèse de Paris, 1900.

